

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

A PROPOS D'UN CAS

DE

Thrombo-phlébite de la veine cave inférieure

D'ORIGINE PUERPÉRALE

PAR

MAURICE BARBÉ

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

218

349

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

343

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

A PROPOS D'UN CAS

DE

Thrombo-phlébite de la veine cave inférieure

D'ORIGINE PUERPÉRALE

PAR

MAURICE BARBÉ



Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE.
LETULLE
PRENANT
POUCHET
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

CLANDE
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BAR
COUVELAIRE
BRINDEAU
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....
Clinique propédeutique.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
REITTERER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être con-
sidérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner au-
cune approbation ni improbation.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

*En remerciement pour l'honneur qu'il
a bien voulu nous faire en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A LA MÉMOIRE DE MON CHER ET VÉNÉRÉ GRAND-ONCLE

M. L'ABBÉ ALEXANDRE LÉVEILLÉ.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

*Au moment de quitter la Faculté de
médecine de Paris, nous nous faisons
un devoir d'adresser nos sentiments
de reconnaissance à tous les maîtres
dévoués qui ont bien voulu nous gui-
der, nous encourager au cours de
nos études.*

A LA MÉMOIRE DE :

MM. LES DOCTEURS : PIQUIÉ, BOURCY
DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAUNOIS

A MM. LES DOCTEURS :

BARIÉ, LESAGE, MICHAUX, SAVARIAUD, MACÉ,
MONDOR, GOUGET DE GIRAC

QUE M. LE DOCTEUR CHIRIÉ

*Qui a bien voulu nous aider dans la
mise au point de ce petit travail,
trouve ici l'expression de notre re-
connaissance.*

Avant-Propos et Historique

A propos d'un cas de thrombo-phlébite de la veine cave inférieure, dont nous avons pu suivre la lente évolution au cours de notre dernière année d'externat, dans le service de M. le Docteur Macé, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, nous nous proposons d'étudier cette complication redoutable du post-partum.

Les observations de thrombose de la veine cave inférieure sont assez nombreuses. En 1895, dans sa thèse, Lombardini rapporte 8 cas de thrombose de la veine cave. En 1896, Haushalter et Etienne faisaient à ce sujet un rapport au Congrès de Nancy. Les cas étudiés par ces différents auteurs avaient une pathogénie plus ou moins nette. C'étaient des thromboses survenues chez des tuberculeux, chez des cardiaques, des thromboses par compression de la veine, par infections veineuses ascendantes, phlébites variqueuses, etc. Beaucoup plus rares sont les observations de thrombose d'origine puerpérale. Hoche, dans un travail publié en mai 1902, dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, rapporte que : « En 1822, Dance montrait déjà que l'inflammation des veines et des parois de la matrice peut se propager à la veine ovarique et de là à la veine cave ; que

Sinnhold, un peu plus tard publiait l'observation de deux femmes : la première âgée de 35 ans, chez qui la thrombose siégeait aux veines utéro ovariennes droites et montait jusqu'à la rénale, la seconde, âgée de 26 ans, chez qui la thrombose comprenait les plexus utérins, les iliaques pimitives, l'hypogastrique, la crurale et aussi la veine cave inférieure. » Nous regrettons beaucoup de ne pouvoir publier ces observations que nous n'avons pu retrouver. M. E. Lanceraux a publié, en 1887, à l'Académie de Médecine, l'étude d'un cas très intéressant de thrombose. Nous relaterons cette observation plus loin, à côté de celle de l'Hôtel-Dieu. A côté d'elles nous reprendrons une observation publiée par Hoche dans ce travail dont nous avons déjà parlé et une autre publiée par M. le Professeur Couvelaire à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, en 1910, se rapportant à un cas de thrombose des veines iliaques, de la veine cave inférieure et des veines rénales, après une opération de Porro. Ce dernier cas ne rentrant pas, par suite de son évolution rapide, dans le cadre de ce travail, nous ne l'avons donné qu'à titre documentaire.

Observations

OBSERVATION I

Mme Marguerite X..., primipare, 30 ans. Dernières règles le 27 août 1920. Grossesse normale. Est amenée à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 3 juin 1920, vers 20 heures, après avoir eu à son domicile une hémorrhagie très abondante dont il est toutefois impossible de préciser la quantité. Le faciès est très pâle. Le pouls bat très rapide à 160 et très faible. M. le docteur Chirié appelé d'urgence constate que la malade ne perd plus qu'en très petite quantité, et que l'on se trouve en présence d'une insertion vicieuse du placenta : on sent le placenta, au toucher, partout : il est impossible de percevoir les membranes malgré une exploration sérieuse. Il décide de s'abstenir de toute intervention obstétricale avant que l'état général général de la femme ne se soit amélioré.

On met la femme sur un plan incliné, on lui fait de nombreuses injections d'huile camphrée, de spartéine, de sérum physiologique et de strychnine. A l'arrivée de M. le docteur Macé l'état général s'est bien amélioré. A travers le placenta largement perforé, on pose un ballon de Champetier. Le 4 juin, à 2 h. 50, expulsion d'un enfant du sexe masculin de 2.100 grammes, à 3 h. 10, délivrance naturelle et complète. Le poids du placenta est de 340 gr.

Le jour de l'accouchement la température était de 38°, et le pouls à 140.

Dès le lendemain la température monte à 38,5 et le pouls à 120, le faciès est pâle. On lui fait le soir même une injection sous-cutanée de 2 cm³ d'or colloïdal que l'on continuera les jours suivants. Les lochies deviennent fétides ; le 4^e jour on pratique une injection intra-utérine d'eau bouillie, et le lendemain, commencement du traitement à la bouillie lactique en injection utéro-vaginale, la température, qui se maintenait à 40°, le soir, descend progressivement pour atteindre 38,5 le 12 juin. le 8^e jour après l'accouchement. Ce jour, la malade présente des vomissements et de la diarrhée.

Le 14 juin, frisson, douleurs abdominales, la température remonte à 40°, puis redescend progressivement à 38°. L'utérus reste gros et douloureux, l'orifice interne est toujours perméable au doigt. Injection d'ergotine le 18 juin. Dans la nuit du 19 au 20, c'est-à-dire quinze jours après l'accouchement, la malade est secouée de violents frissons et se plaint de douleurs lancinantes dans la jambe gauche. Le lendemain on constate de l'œdème de tout le membre inférieur gauche. Le diagnostic de phlébite est porté et le membre malade mis dans une gouttière. La température oscille de 39 à 39,5, le pouls de 100 le matin à 120 le soir. On fait 300 gr. de sérum glucose en goutte à goutte rectal.

Le 25 juin, des phénomènes analogues se manifestent dans la jambe droite, même diagnostic, même traitement, puis la température redescend, l'état général s'améliore nettement, les urines légèrement albumineuses sont relativement abondantes, 1.200 gr. Petite poussée de température le 4 juillet, à ce moment apparaît un léger œdème de la paroi abdominale à la partie inférieure, les veines superficielles de la région se dessinent sous la peau. Pendant une longue période qui s'étend jusqu'au 20 juillet, la température remonte progressivement jusqu'à 40° qu'elle dépasse le 22 juillet. L'œdème



semble stationnaire, ne diminue cependant pas. Pendant 10 jours la température redescend, l'état général s'améliore sensiblement mais l'œdème augmente, puisqu'il atteint l'ombilic le 1^{er} août. Pendant cette période la malade reçoit tous les jours 2 cm³ d'or colloïdal en injection sous-cutanée.

Puis subitement le 6 août, l'état général de la malade s'aggrave, le pouls est à 120. La température à 37°8. Des douleurs lombaires, de la dyspnée font leur apparition. L'auscultation du cœur ne décèle rien d'anormal. L'auscultation du poumon révèle des signes d'épanchement pleural à la base droite et de petits râles disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

Les jours suivants l'état s'aggrave de plus en plus, l'œdème remonte à la région médio-sternale le 14 juillet les urines qui jusqu'ici s'étaient maintenues à 800 et 1.000 gr. par 24 heures tombent brusquement à 300. La dyspnée augmente de plus en plus. La tension prise à l'appareil Laubry-Vaquez) donne : 10 max., 6 min. Le 18 juillet, anurie complète. Mort dans la nuit du 18 au 19 juillet.

Autopsie : Nous avons pratiqué l'autopsie le 20 août 1921.

Aspect général : Œdème considérable des membres inférieurs, de l'abdomen et du thorax. Abondant épanchement pleural des deux côtés, 500 gr. de liquide hémorrhagique. Pas d'ascite.

Poumon. — Adhérences pleurales des deux sommets surtout à droite. Sommet gauche : petite caverne du volume d'une noisette remplie de matières caséuses. A droite : lésions anciennes scléreuses, congestion des deux bases n'allant pas jusqu'à l'hépatisation, foyers de broncho-pneumonie disséminés dans toute l'étendue des 2 poumons, principalement dans les régions hilaires.

Cœur : Pas d'épanchement péricardique.

Pas de lésions valvulaires. Gros caillot rouge noirâtre occupant l'oreillette droite, se continuant dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire. Cœur gauche normal.

Foie : gros muscade, petits abcès disséminés çà et là dans le parenchyme hépatique.

Rate : Volumineuse et très friable.

Reins : de volume normal, pas de lésions macroscopiques.

Intestin : Normal.

Ganglions suppurés. Chaîne lombaire et sacrée.

Ayant fait une viscération totale, nous avons pu disséquer l'arbre cave depuis la naissance des fémorales jusqu'au cœur. Nous donnons ci-joint la photographie de la pièce anatomique disséquée. Elle permet de se rendre compte de l'étendue de la thrombose, atteignant les iliaques, les utéro-ovariennes, la veine cave jusqu'à son entrée dans le foie, les deux veines rénales; la veine cave, diminuée notablement de volume dans la portion s'étendant depuis la bifurcation iliaque jusqu'au confluent des rénales, semblent rétractée sur un caillot blancâtre.

L'examen histologique a porté sur des coupes de nombreuses veines.

L'utéro-ovarienne droite : On trouve une grosse inflammation de l'endoveine en désintégration de la paroi veineuse et en son centre un caillot organique. Les mêmes lésions se retrouvent dans l'iliaque primitive, dans la veine cave entre la bifurcation et le confluent des rénales, dans la rénale gauche, mais avec cette particularité pour cette dernière que les lésions sont beaucoup moins accusées et que le caillot est d'organisation beaucoup plus récente.

OBSERVATION II

*Rapportée par M. Lancereaux, le 7 février 1887 à la
séance de l'Académie de Médecine*

C. G., journaliste, âgée de 22 ans, mère de deux enfants, l'un de 5, l'autre de 4 ans, est accouchée de nouveau le 20 novembre dernier d'un enfant à terme.

L'accouchement fut normal. Malheureusement cette pauvre femme eut l'imprudence de se lever 4 jours plus tard et dès le lendemain elle s'apercevait de l'existence à la jambe gauche d'un œdème qui ne tarda pas à se généraliser. Admise dans notre service à l'hôpital de la Pitié le 2 décembre 1886, cette malade forte et bien constituée se fait remarquer par une pâleur générale des téguments. La jambe gauche d'un volume normal repose sur sa face externe légèrement fléchie sur la cuisse et se trouve dans un état d'impotence fonctionnelle absolue. Elle est le siège d'un œdème blanc qui se laisse facilement déprimer par le doigt, pas une veinule ne sillonne la face cutanée. Aucune douleur spontanée n'est ressentie dans ce membre, mais le poids des couvertures et la moindre pression y provoquent des douleurs vives superficielles surtout au niveau des mollets. Douleurs profondes dans les fosses iliaques. L'utérus est volumineux, il dépasse le pubis de 4 à 5 travers de doigts, il est douloureux à la pression et la malade accuse de la souffrance dans les fosses iliaques. Les organes de l'abdomen n'offrent aucun désordre, c'est à peine si les urines sont diminuées car la malade a rendu dans les 24 heures 1300 gr. d'une urine acide, d'une densité de 1018, ne contenant ni sucre, ni albumine.

Le cœur est intact, la malade ne tousse pas, n'accuse aucune dyspnée et d'ailleurs la respiration est pure à l'auscultation. Repos absolu, recommandation de donner

à la malade un bassin plat, enveloppement des membres inférieurs par de la ouate, injection vaginale au sublimé, extrait de quinquina.

Le 5 décembre, la jambe droite s'œdématie à son tour, d'abord à la partie inférieure puis dans toute son étendue, elle n'est le siège d'aucune douleur spontanée, mais la pression au niveau du mollet est pénible, la malade parvient encore à déplacer ce membre. Au bout de quelques jours cela lui devient impossible, il se produit enfin un œdème de la paroi abdominale (partie inférieure) de la grande lèvre du côté gauche, ce qui nous conduit à diagnostiquer l'obstruction de la veine hypogastrique correspondante et de la veine cave.

La température axillaire est de 38,8 le matin et de 39 le soir.

Le 8 décembre, la malade est très affaissée, elle continue d'avoir une température qui oscille entre 38,5 et 39,5. (Sulfate de quinine).

Le 12 décembre, les deux jambes sont également volumineuses, vomissement alimentaire et bilieux peu de temps après le repas. Le 15, toux légère, rien à l'auscultation. Le 19 décembre, affaissement très grand, diarrhée profonde depuis la veille. Thé léger, potion au rhum, teinture de cannelle, laudanum.

Le 25 décembre, l'œdème persiste, la peau de la jambe gauche est éraillée. Absence de douleur. Affaissement persistant malgré la cessation de la diarrhée.

Le 2 janvier 1887, la malade est prise de nouveaux vomissements à la suite de ses repas. Ces matières vomies sont légèrement verdâtres, aqueuses et peu abondantes. Ces caractères nous portent à penser que les reins sont affectés : les urines sont troubles, colorées, un peu verdâtres, diminuées de quantité, 600 gr. dans les 24 heures, elles renferment un peu d'albumine.

Le 6 janvier, vomissements et diarrhée. La toux est

plus fréquente, il existe de la dyspnée et l'auscultation fait percevoir l'existence d'un souffle doux à la base du côté gauche. Ce souffle est considéré comme l'effet d'un point penumonique produit par une embolie pulmonaire. La température tend à dépasser 39 le soir (Quinine).

Le 12 janvier, l'affaissement est de plus en plus marqué. Les urines rares, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, donnent lieu à un précipité abondant. Le 13 janvier la malade se plaint d'éprouver dans les deux jambes des douleurs extrêmement violentes qui se faisaient déjà sentir depuis quelques jours. Le tégument de ce membre n'est pas seulement pâle mais livide, il présente çà et là des plaques irrégulières d'un rouge violacé, la température est manifestement abaissée et la sensibilité, presque totalement absente au niveau des pieds, se trouve exagérée à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la malléole, ce qui, joint à l'état d'asphyxie de la jambe, nous conduit à soupçonner l'existence d'une oblitération des artères fémorales. D'ailleurs, aucun battement n'est perçu par le doigt appliqué sur ces artères.

Le 14, les plaques violacées des jambes ne s'effacent aucunement par la pression, à gauche elles s'étendent même sur la face interne de la cuisse, quelques-unes sont déjà surmontées de phlyctène. La température très abaissée au niveau des plaques s'élève un peu plus haut. Les douleurs spontanées sont peu intenses, mais sur certains points la pression est très douloureuse. L'affaissement progresse, les urines et les matières fécales sont rendues involontairement, la température axillaire est descendue au-dessous de 38°. Les traits du visage et les yeux sont profondément altérés. Le 15 janvier, la malade, dont l'état était peu changé depuis la veille, avait à 8 heures du matin une température de 37,5, à 10 heures elle rendait le dernier soupir.

Autopsie : Les parois de l'abdomen sont très épaissies,

le tissu cellulaire sous-cutané infiltré de graisse et de sérosité. Cavité abdominale, pas de liquide. Péritoine, rien de particulier.

Le foie reste caché sous les fausses-côtes, il est lisse, pâle, décoloré. Les lobules sont distendus par des lésions appréciables à l'œil nu.

Rate : Volume normal.

Pancréas : Pâle, de volume normal. Aspect lardacé, consistance onctueuses, se casse facilement ; surface de satin blanchi.

Intestin : Rien de particulier.

Vers son centre, le lobe inférieur offre, dans une étendue de plusieurs centimètres, une hépatisation rouge grisâtre, qui a ramolli son parenchyme sans le détruire. Ce point d'hépatisation qui pendant la vie s'était révélé par un souffle doux se trouve traversé par un bouchon embolique.

L'utérus est volumineux car il remplit en partie l'excavation pelvienne, il est assez ferme et ne cache aucun abcès, mais les sinus utérins sont dilatés et obstrués par des caillots blanchâtres et très fermes. Quant aux veines qui en émanent elles se présentent sous forme de cordons solides et cylindriques formés par des bouchons de même genre. Le bouchon se continue dans les veines hypogastriques et utéro-ovariennes. Les troncs de veines hypogastriques sont obstrués et de plus ceux des iliaques externes et fémorales, puis enfin ceux des iliaques primitives et de la veine cave jusqu'au diaphragme. Le tronc formé par les veines utéro-ovariennes se trouve également bourré de caillots jusqu'à la terminaison dans les veines rénales. Ces dernières le sont également, le caillot se continue avec celui de la veine cave.

Le rein est de volume normal. La coloration est brun jaunâtre, la consistance est ferme, pas d'abcès. Les branches et le tronc des artères rénales sont à leur tour obs-

trués par des caillots blanchâtres, et ces caillots se continuent jusqu'à l'aorte, mais tandis que celui de droite se termine par un bouchon cylindrique d'une étendue de deux centimètres, celui de gauche descend le long de la paroi de l'aorte et forme un bouchon qui remplit plus de la moitié de ce vaisseau dans une étendue de 6 centimètres. Le bouchon se relie en bas à un caillot du même genre qui obstrue la partie inférieure de l'aorte et se continue dans les artères iliaques primitives hypogastriques, iliaques externes et fémorales. Les bouchons de ces dernières ont une coloration brune, preuve manifeste qu'ils sont accessoires et secondaires par rapport à ceux de l'aorte.

En somme la lésion a commencé dans les veines ; elle s'est propagée par les veines utéro-ovariennes jusqu'aux veines rénales et de ces vaisseaux aux artères rénales soit par l'intermédiaire des capillaires du rein, soit par contact et voisinage, puis des artères rénales le processus a gagné l'aorte, s'est élevé dans ce vaisseau de haut en bas, donc en suivant le courant sanguin, circonstance favorable à l'hypothèse d'un agent infectieux et microbien. La pathogénie est des plus remarquables tant par ce qu'elle rend cette hypothèse si vraisemblable que parce qu'elle est une preuve de la propagation de certaines lésions inflammatoires des veines aux artères. Il convient de se demander si dans certains cas de gangrène dite consécutive à des thromboses ou à des phlébites du membre inférieur il ne s'agit pas de processus inflammatoires propagés des veines aux artères.

OBSERVATION III

*Publiée par M. Hoche dans les Annales de Gynécologie
et d'Obstétrique, en mai 1902*

Madame E. D. Entrée le 6 octobre 1899, accouchée le 7 octobre, est morte le 10 novembre.

Ouvrière en chaussures, âgée de 31 ans, après avoir eu 9 grossesses, dont 8 accouchements et une fausse-couche (7^e grossesse), avoir allaité tous ses enfants jusqu'au 5^e mois, n'a plus que 3 enfants vivants. Un garçon serait mort à 8 mois du croup (4^e grossesse), le 2^e, le 5^e, le 6^e et le 9^e auraient succombé à des accidents d'allures méningitiques.

Elle entre à la Maternité au cours de sa 10^e grossesse, les dernières règles étaient du 21 au 26 mai, l'accouchement probable ne devait avoir lieu que vers le 1^{er} mars. Mais il y a 8 jours, la malade aurait fait une chute à la suite de laquelle sont survenues des douleurs aux reins, dans le ventre et passage. Elle perdit un peu de sang et une sage-femme appelée ordonna l'allaitement. Dans l'après-midi un fœtus de 12 cm. est expulsé sans délivrer. La sage-femme essaye d'atteindre ce délivre avec deux doigts sans y parvenir.

Le 5 octobre, après avoir eu de fortes coliques, à l'occasion d'un mouvement, la malade a une grosse perte sans caillots, on fait un tamponnement et le lendemain une nouvelle tentative d'extraction de la délivrance mais infructueusement.

A son entrée à la Maternité le 6, la malade a un faciès décoloré et se plaint de frissons.

On note la température à 40°5, le pouls à 130. On fait la délivrance artificielle sans que cela agisse beaucoup sur l'état général qui reste le même les jours suivants, malgré des injections vaginales et intra-utérines.

Le 9, on trouve du pus à l'orifice cervical qui provient de la cavité utérine. La malade avait ressenti la veille au soir un grand frisson. Après injection intra-utérine avec l'eau iodée à 3/1000 la malade semble se trouver mieux, la température descend à 37, le pouls à 90. Mais cette amélioration ne dure pas et le 12, après une nuit d'insomnie, un frisson le matin, la malade se plaint de violentes douleurs lombaires. La température remonte à 39°. Au palper, on constate une sensibilité très forte au niveau de la corne gauche de l'utérus. On remarque que le réseau veineux abdominal est devenu très apparent en particulier du côté droit. Au spéculum, on voit une cavité utérine verdâtre. On constate au toucher que le muscle est lâche et que la cavité est anfractueuse. On pratique un curettage sous le chloroforme et on retire des lambeaux noirâtres et des caillots, environ le volume d'un œuf. La cavité utérine se rétrécit aussitôt. Cependant l'état fébrile persiste toujours, la malade se plaint de temps en temps de frissons. La température reste élevée au voisinage de 39°.

Le 13 octobre, on note la disparition de la douleur à la pression au niveau de la fosse iliaque gauche. Le 17 octobre, petit frisson d'un quart d'heure le soir. Le 18, on perçoit à la pointe du cœur un souffle systolique qui se perçoit également à la base. Le pouls est à 120. En outre il existe des signes de congestion et d'œdème de la base des deux poumons, submatité aux derniers espaces et diminution du murmure vésiculaire.

Le 20, la malade se plaint d'avoir encore eu la veille un grand frisson ; outre la submatité et la diminution du murmure articulaire, on perçoit à gauche des râles sous-crépitants, à droite l'abolition des vibrations thoraciques avec la disparition du murmure vésiculaire. Même état jusqu'au 24 octobre ; depuis le 20, diarrhée persistante.

Le 24 octobre la malade est en état de somnolence permanente. Elle a eu 3 vomissements; de plus selles diarrhéiques involontaires.

La quantité des urines, brusquement diminuée de moitié est de 600 cm³, avec des flots d'albumine.

Le 28 se montre de l'œdème des membres inférieurs, on ne trouve pas de cordons phlébitiques.

Les jours suivants : Etat général fébrile, avec frisson vespéral quotidien, persistant. L'œdème envahit le ventre et l'on constate des signes d'ascite notable. En arrière, l'œdème remonte jusqu'aux côtes. Le 7 novembre, nouveaux frissons intenses avec état dyspnéique, signes d'œdème pulmonaire.

Mort dans la nuit du 10 au 11.

Autopsie : L'autopsie a révélé les détails suivants :

A l'ouverture de l'abdomen, après avoir écarté les anses intestinales, on trouve un liquide citrin d'ascite assez abondant. Dans le bassin, maintenu par des adhérences fibreuses, l'utérus apparaît double de volume. De la corne droite part une sorte de bourrelets volumineux, irréguliers, qui montent le long de la colonne vertébrale et que l'on peut suivre jusqu'au foie. Après dissection, on constate qu'il s'agit des veines utéro-ovariennes et de la veine cave thrombosées. La thrombose s'est propagée depuis l'utérus en suivant le cours du sang jusque dans l'intérieur de la veine cave inférieure et l'oreillette droite. Le caillot se prolonge même avec les caractères d'un caillot de battage dans le cœur droit ventriculaire, et jusque dans l'artère pulmonaire, où l'on trouve son extrémité flottante.

Par voie rétrograde, le processus de coagulation a gagné les deux veines iliaques avec prédominance du côté droit, il a provoqué la thrombose de la veine rénale droite et de ses branches et aussi l'obstruction partielle de quelques veines sus-hépatiques.

L'utérus ouvert montre une cavité un peu dilatée, à surface végétante rosée. Sur la face postérieure de la cavité existe un dépôt pseudo-membraneux blanc-jaunâtre sans odeur fétide. Les annexes ne présentent rien d'anormal.

L'examen des autres organes montre des lésions en rapport avec la thrombose utéro-ovarienne.

Les poumons présentent comme lésions particulières des infarctus hémorrhagiques. On en trouve un seul de la grosseur d'une noisette dans le lobe moyen droit. Le poumon gauche en contient quatre un peu plus gros. Accessoirement, les poumons sont le siège d'un œdème considérable, avec congestion, lésion terminale de l'asphyxie mortelle.

Les reins présentent quelques infarctus pour la plupart anémiques.

Le cœur ne présente en lui-même aucune lésion, ses cavités droites contiennent le caillot actif thrombosique dont il a été question. Quelques parcelles détachées de ce caillot ont été l'origine des enfractions.

Sur le foie se remarquent des taches hémorrhagiques dont le caractère enfarctique n'est pas très net.

Dans les coupes il n'a été possible de découvrir aucun micro-organisme.

OBSERVATION IV

Observation rapportée par M. le Professeur Couvelaire à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, au cours d'une discussion le 11 juillet 1910.

Thrombose des veines iliaques, de la veine cave inférieure et des veines rénales après une opération de Porro.

Cinq premiers jours post-opératoires s'écoulent, sans

grands incidents. Pouls oscille entre 80-100, la température, après avoir oscillé entre 37,6 et 37,8 était descendue au-dessous de 37. L'état général paraissait excellent, les urines abondantes, l'intestin fonctionnait, le ventre était souple, une seule injection de sérum artificiel avait été faite 12 heures après l'opération.

Le 6^e jour apparaissent des accidents qui évoluent en 48 heures. Température, 36,8-37°. Pouls, 140. Dyspnée intense. Cyanose. Diminution de la quantité des urines, 200 gr., puis anurie. Œdème des membres inférieurs avec marbrures et refroidissement local auquel succède l'œdème du tronc et enfin l'anasarque généralisé. Dans les derniers instants seulement, perte de connaissance.

L'autopsie permet de constater l'existence de thrombose des veines iliaques, de la veine cave inférieure et de la veine rénale gauche.

Étude Clinique

Étiologie.

A la base du processus de thrombose nous trouvons l'infection, compliquée dans les cas de l'Hôtel-Dieu et de Hoche d'hémorrhagie, cause prédisposante à une plus grande facilité de coagulabilité sanguine ; dans le premier cas nous sommes en présence d'un placenta prævia ; dans le second, d'un avortement de 4 mois. L'étiologie du troisième cas semble moins nette. C'est après un accouchement et une délivrance normale que sont apparus les premiers signes prémonitoires de la phlébite, mais là encore, l'évolution de la maladie ne laissera plus de doute. Malheureusement nous n'avons pas retrouvé dans aucune de ces observations la présence de l'agent microbien.

Pathogénie

Tout d'abord donc, thrombo-phlébite infectieuse des sinus. La réaction de l'organisme n'étant pas assez puissante pour localiser l'infection, celle-ci va envahir successivement les territoires voisins. Pour cela deux voies veineuses lui sont ouvertes. L'une supérieure : utéro-ovarienne et consécutive-

ment veine cave d'un côté, rénale de l'autre. L'autre inférieure, hypogastrique et iliaque primitive, ensuite iliaque externe et fémorale. Dans le cas rapporté par M. Lancereaux et par nous-même il semble que ce soit la voie inférieure qui ait été envahie la première, les premiers symptômes étant ceux d'une phlegmatia, mais nous verrons plus loin combien il est difficile de déceler au milieu de symptômes d'infection puerpérale l'envahissement des veines du bassin tant que la thrombose n'a pas atteint la veine cave. Pour le cas de Hoche, il n'y a pas de doute possible.

SYMPTOMATOLOGIE.

Trouvons-nous, en effet, dans les observations que nous avons reprises ici et dans l'observation de l'Hôtel-Dieu des symptômes permettant de faire, dès le début de la maladie, le diagnostic de thrombose envahissante et plus tard, celui de thrombose de la veine cave inférieure ? Vaney, dans un travail paru dans les *Annales de Gynécologie* en 1906, étudie ces symptômes qui permettent de diagnostiquer la thrombose alors qu'elle se cache au niveau de l'utérus et dans les veines du bassin. C'est d'abord, dit-il, la fièvre. Toute poussée de phlébite grave, est dit-il, caractérisée par un frisson violent suivi d'une ascension thermique dépassant quelques fois 40° puis d'oscillations remittentes de durée plus ou moins longue, enfin d'apyrexie totale. « La multiplicité des frissons, leur intensité, leur répétition irrégulièrement intermit-

tente marquent, d'après Siredey, les différences qui existent entre l'infection par les veines et celle par les lymphatiques où le frisson serait unique et la température constante ». Malheureusement, dans aucune de nos observations, nous ne retrouvons ces caractéristiques de la fièvre. Au début, signes généraux d'infection : ascension thermique régulière, modifiée par le traitement (injection d'or colloïdal) puis apparition de la phlébite du membre inférieur gauche.

— Nous avons retrouvé avec plus de régularité le symptôme douleur. Douleurs lombaires, douleurs abdominales, douleurs réveillées par la pression au niveau des cornes utérines, comme cela apparaît très net dans le cas de Hoche. Enfin, le pouls dont l'étude est si importante dans l'évolution des phlébites apyrétiques — chez qui de nombreux auteurs, après Mahler, ont pensé voir le symptôme permettant de prévoir l'accident embolique — ne nous donne ici rien de net, d'une façon générale il suit sa courbe de température. Les urines sont restées normales, jusqu'à la période terminale.

Ainsi donc, peu de symptômes permettent de traduire l'invasion de la thrombose, bientôt celle-ci va gagner le gros tronc et en particulier la veine cave inférieure. Cette thrombose de la veine cave se traduit par un symptôme constant : l'œdème avec plus ou moins de circulation veineuse superficielle. C'est un œdème mou, non douloureux, s'accompagnant d'ascite et d'épanchement pleural. Il semble

traduire extérieurement l'ascension lente du thrombus dans la veine cave.

Cette marche ascendante de la phlébite peut être troublée de temps en temps par des phénomènes d'embolie. Embolies septiques — comme dans le cas de l'Hôtel-Dieu allant former des abcès métastatiques dans les principaux organes. Dans le cas Lancereaux, l'embolie a pu même gagner la circulation artérielle et supprimer toute circulation des membres inférieurs d'où gangrène des deux membres. Dans tous les cas que nous avons pu retrouver dans les différents auteurs à quelque étiologie qu'ils appartiennent, nous n'avons trouvé relaté la terminaison de la maladie que par embolie mortelle.

Enfin, à la période terminale, il est un symptôme qui ne fait jamais défaut, c'est la chute brusque de la quantité des urines, chute qui se produit certainement au moment de l'oblitération des rénales et qui précède de peu l'anurie complète.

EVOLUTION.

Tel est le tableau clinique dans cette redoutable affection à évolution très lente, puisque nous la voyons évoluer pendant 75, tantôt 55, et 36 jours.

DIAGNOSTIC.

Nous voyons que si le diagnostic est relativement facile dès que le caillot a envahi la veine cave inférieure, il n'en saurait être de même au début.

Les symptômes d'infection dominant alors la scène. Seules, à cette époque, les douleurs

lombaires et dans certains cas la palpation du cordon induré sur la face latérale de l'utérus pourraient mettre sur le chemin du diagnostic. Mais plus tard, l'œdème va permettre de porter ce diagnostic ; il ne sera point confondu avec les œdèmes toxiques, rénal ou cardiaque, sa marche lente, progressivement ascendante, en fait un signe véritablement pathognomonique de thrombose de la veine cave.

Enfin, la couleur des urines permet, au moment de la chute brusque, de prévoir une issue fatale à date très rapprochée.

PRONOSTIC.

Mais quel que soit le degré de rapidité de l'évolution, dès que l'on peut affirmer la propagation de la thrombose à la veine cave, le pronostic est fatal.

Y a-t-il un traitement ?

Certes, le traitement de début alors que le diagnostic n'a pu être établi, sera celui de sa cause : Traitement local et général de l'infection puerpérale.

Injection des sérums et des métaux colloïdaux.

On a préconisé un traitement chirurgical : le traitement par les ligatures des veines du bassin.

Le Professeur Lejars en a donné les directives et le but : « Barrer la route aux embolies. Enrayer la transmission des produits infectés par voie veineuse, traiter le foyer phlébitique.

Freund conseille l'hystérectomie et la résection des veines.

Quelle que soit l'intervention adoptée : « Lorsque la phlébite, dit Trédélenburg, s'est étendue aux gros troncs, il est trop tard pour opérer. C'est une intervention déplacée ».

Donc, le traitement chirurgical dépend, avant tout, du diagnostic précoce, malheureusement nous venons de voir que ce diagnostic est presque impossible.

Conclusions

a) Les observations rapportées ci-dessus démontrent que, survenant au cours d'une infection puerpérale atténuée, la thrombo-phlébite de la veine cave inférieure, à marche lente, ne peut être que très rarement et très difficilement diagnostiquée, au début de son évolution.

b) Le diagnostic ne pouvant être précoce, et par conséquent la thrombose envahissante ne pouvant être différenciée de l'infection puerpérale, le traitement sera celui de l'infection puerpérale.

c) Si le processus de thrombose n'est pas arrêté dans sa marche ascendante, l'évolution est fatale.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

APPELL.

Bibliographie

- Bulletin de l'Académie de Médecine*, février 1882. — Rapport de M. E. Lancereaux.
- LOMBARDINI. — Contribution à l'étude clinique de l'oblitération de la veine cave inférieure. — Th. Paris, 1895-96.
- HAUSHALTER et ETIENNE. — Thrombus de la veine cave inférieure. — Congrès de Nancy, 7 août 1896.
- VANEY. — Sur la phlébite utérine puerpérale. — *Annales de gynécologie*, août 1906.
- HOCHE. — Thrombose utéro-ovarienne infectieuse. — *Annales de gynécologie*.
- JEANNIN. — Rapport au XX^e congrès de la société obstétricale de France, Paris, oct. 1912 : Etiologie et symptomatologie des phlébites puerpérales.
- VANVERTS et PAUCAT. — Rapport au XX^e congrès de la Société obstétricale de France, Paris, oct. 1912 : Le traitement des phlébites puerpérales.
- VAQUEZ. — Manifestation clinique de la thrombose vasculaire. — *Rev. pratique des travaux de Médecine*, Paris, 1896.
- LEJARS. — Chirurgie des gros troncs veineux. — Rapport au XIX^e congrès de chirurgie, Paris, 1906.
- FLEIX. — Ligature des veines du bassin. — *Gazette des Hôpitaux*, 1907, n^o 14.
-

